

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922-1923 — N° 104

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU

Rétrécissement Blennorragique DE L'URÈTRE CHEZ LA FEMME

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 11 Avril 1923

PAR

Jean-Emmanuel-Paul MORISSET

Né à Pons (Charente-Inférieure), le 18 Juillet 1892

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur, <i>Président</i> .	} Juges.
		POUSSON, professeur	
		DUVERGEY, agrégé	
		ROCHER, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE R. TAILLEBOURG FILS
80 bis, Cours de l'Argonne

1923

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922-1923 — N° 104

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

Rétrécissement Blennorragique DE L'URÈTRE CHEZ LA FEMME

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 11 Avril 1923

PAR

Jean-Emmanuel-Paul MORISSET

Né à Pons (Charente-Inférieure), le 18 Juillet 1892



Examineurs de la Thèse

{	MM. GUYOT, professeur, <i>Président</i> .	}	<i>Juges.</i>
	POUSSON, professeur		
	DUVERGEY, agrégé		
	ROCHER, agrégé		

BORDEAUX

IMPRIMERIE R. TAILLEBOURG FILS

80 bis, Cours de l'Argonne

1923

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS. Doyen

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, GUILLAUD.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale	ARNOZAN.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	CASSAET.	Médecine expérimentale	FERRÉ.
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique	LAGRANGE.
id.	VILLAR.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	DENUCÉ.
Pathologie et thérapeutique générales	CRUCHET.	Clinique gynécologique	BEGOUIN.
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale	DENIGÈS.
Anatomie	PICQUÉ.	Physique pharmaceutique	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des malad. exotiques	LE DANTEC.
Physiologie	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	W. DUBREUIL.
Hygiène	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires	POUSSON.
Médecine légale et déontologie	VERGER.	Clinique des maladies nerveuses et mentales	ABADIE.
Physique biologique et clin. d'électr. médicale	BERGONIÉ.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURE.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	BARTHE.
Botanique et matière médicale	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	SELLIER.
Pharmacie	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie) — GUYOT (Pathologie externe) — LABAT (Pharmacie)
CARLES (Thérapeutique et pharmacologie) — PETGES (Vénérologie)

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie	N.	Médecine générale	CREYX.
Histologie	LACOSTE (chargé).	id.	MICHELEAU.
Physiologie	DELAUNAY.	Maladies mentales	PERRENS.
Anatomie pathologique	MURATET.	Médecine légale	LANDE.
Parasitologie et sciences naturelles	R. SIGALAS (chargé).	Chirurgie générale	RÔCHER.
id.	N.	id.	DUVERGEY.
Physique biologique et médicale	RÉCHOU.	id.	PAPIN.
Chimie biologique et médicale	N.	Obstétrique	PERY.
Médecine générale	MAURIAC.	id.	FAUGÈRE.
id.	LEURET.	Ophtalmologie	TEULIÈRES.
id.	DUPÉRIÉ.	Pharmacie	N.

CHARGÉS DE COURS

	MM.		MM.
Clinique dentaire	CAVALIÉ.	Puériculture	ANDERODIAS.
Médecine opératoire	VENOT.	Démonstrations et préparations pharmaceutiques	LABAT.
Accouchements	FAUGÈRE.	Chimie	RANGIER.
Ophtalmologie	CABANNES.	Pathologie interne	CREYX.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes MM. ROCHER.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE
LE D^r PAUL MORISSET

A LA MÉMOIRE DE MA GRAND-MÈRE

A MON GRAND-PÈRE LE D^r MAURICE BESSON

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MA GRAND-MÈRE

A MES PARENTS

*Témoignage de mon affection
et de ma reconnaissance.*

A MON BEAU-FRÈRE MARCEL MORGUET

PROFESSEUR AGRÉGÉ DE MATHÉMATIQUES

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE

A MA CHÈRE SŒUR MADELEINE

A MES TANTES

A MES COUSINS

A LA MÉMOIRE DE TOUS MES PARENTS ET AMIS

MORTS POUR LA FRANCE

A TOUS MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

A Monsieur le Docteur Duvergey

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
CHIRURGIEN DES HOPITAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Témoignage de respectueuse
reconnaissance.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur Guyot

CHARGÉ DU COURS DE PATHOLOGIE EXTERNE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE BORDEAUX

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE ET DE L'ORDRE DE SAINT-ANNE DE RUSSIE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

*Qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de notre thèse.*

INTRODUCTION

Le rétrécissement blennorragique chez la femme légitime une étude spéciale, étant donné sa rareté relative et l'anatomie différente de l'urètre féminin. Les observations qu'on en a publiées sont souvent incomplètes, et les rétrécissements congénitaux et cicatriciels occupent encore la plus grande place, et même certains auteurs, comme Imbert et Soubeyran, nient l'existence du rétrécissement inflammatoire.

D'après certains auteurs, cependant, la forme inflammatoire serait la plus fréquente, avec la blennorragie comme facteur étiologique principal.

Tout en apportant une observation nouvelle, nous avons pensé qu'il serait intéressant de faire une revue générale des principales observations publiées sur des cas de rétrécissements provoqués par la blennorragie.

Dans un premier chapitre, nous étudierons l'histoire de la question, réservant quelques pages à l'étude anatomique et embryologique de l'urètre chez la femme, sans oublier l'étude anatomo-pathologique du rétrécissement inflammatoire et de sa pathogénie. Nous continuerons par l'étude des symptômes qui permettent d'en faire le diagnostic par l'étude de l'évolution et des complications; enfin, nous terminerons en indiquant les divers modes de traitement et leurs résultats.

HISTORIQUE

Lisfranc fut le premier auteur qui, dans sa thèse d'agrégation, parue en 1824, mentionna les rétrécissements de l'urètre chez la femme. Il en distingue de nombreuses variétés, mais il ne parle pas des rétrécissements blennorragiques.

Les premières observations de rétrécissements blennorragiques furent rapportées en 1834 par Gasnault et Sabatier, observations citées du reste dans le mémoire de Larcher.

Peu après, Hunter conteste l'existence des rétrécissements blennorragiques.

En 1865, Demarquay et Bouchut, puis Piachaud, rapportent chacun une observation du rétrécissement blennorragique.

Dans un travail intéressant paru en Amérique, Newmann rapporte cinq cas de rétrécissements, dont 3 dus à la blennorragie. C'est ensuite le travail de Blum, sur les maladies de l'urètre chez la femme. En 1889, Fissiaux rassembla vingt observations. En 1889 paraît également le mémoire de Waker. En France, en 1892, Genouville, inspiré

par le Professeur Quénu, publie un travail sur cette question. En 1897, Pasteau montra bien le premier toute l'importance des rétrécissements de l'urètre chez la femme, sans se préoccuper des diminutions de l'urètre féminin dues soit à un spasme, soit à un prolapsus, à un polype urétral.

En 1901, paraît la thèse d'Hamon et, la même année, un mémoire d'Imbert et Soubeyran.

En 1911, Vilfroy, de Paris, et Manificat, de Montpellier, traitent des rétrécissements de l'urètre chez la femme.

En 1912, Minet publie deux cas de rétrécissements de l'urètre chez la femme. Stoïcesco, en 1913, Jaboulay, en 1914, ainsi qu'Hamon, publient des observations et statistiques très suggestives.

NOTIONS EMBRYOLOGIQUES ET ANATOMIQUES DE L'URÈTRE FÉMININ

L'urètre de la femme, étendu de la vessie au méat, constitue un canal rectiligne pour certains auteurs et à concavité antérieure pour d'autres. Parallèle au vagin, il est dirigé comme lui de haut en bas, d'arrière en avant. Il présente une portion pelvienne, l'autre périnéale.

Dans sa première portion, il répond en avant et sur les côtés au plexus de Santorini; dans la seconde portion, il est en rapport en avant avec la formation fibreuse qui, étendue transversalement d'un pubis à l'autre, constitue le ligament transverse du pelvis. En arrière, il répond dans toute son étendue à la paroi antérieure du vagin.

CALIBRE.

Normalement, les parois de l'urètre, dans le sens longitudinal, sont appliquées l'une contre l'autre; sa coupe est étoilée.

Si l'on envisage le canal distendu et ses parois dépliées après incision, on trouve sur le cadavre un diamètre de 7 à 8 m/m environ, 6 à 8 m/m pour Cruveilhier, 7 m/m

pour Henle, 8 m/m pour Pasteau. Sur le vivant, le calibre est généralement inférieur; le canal livre passage à une boule n° 20 à 23, mais s'il n'admettait pas un n° 19, il ne faudrait pas le considérer comme rétréci.

STRUCTURE.

La paroi de l'urètre est plus épaisse au niveau du col qu'au niveau du méat. Son épaisseur varie entre 3 et 4 m/m. Elle comprend trois couches, qui sont, en allant de dedans en dehors : 1° la muqueuse; 2° la sous-muqueuse; 3° la musculieuse. La muqueuse est mince et résistante; son épithélium serait polymorphe d'après Pasteur, Oberdick, Roncaglia. D'autres auteurs la considèrent comme prismatique (Cadiat et Debierre) ou encore pavimenteux (Schafer, Cruveilhier, Brœsicke). Le chorion est riche en éléments élastiques, pauvre au contraire en élément vasculaire. Les glandes annexes de l'urètre sont de deux types : glandes en grappes et follicules. Certains auteurs ont établi une analogie entre ces glandes périurétrales et les glandes prostatiques chez l'homme.

La couche sous-muqueuse n'est pas acceptée par tous les auteurs; formée d'un tissu cellulaire, elle possède déjà un réseau veineux important.

La tunique musculieuse comprend trois couches de fibres lisses, des fibres longitudinales internes, circulaires ou moyennes et longitudinales externes.

Dans les parties superficielles, il y a de grosses veines, entourées de tissu conjonctif, « homologues de la tunique vasculaire de l'urètre chez l'homme » (Testut). Toutefois, on ne saurait établir une analogie complète avec le tissu spongieux. Quenu a montré qu'il s'agissait là d'un réseau veineux périurétral semblable à celui qu'on trouve chez l'homme dans les régions prostatiques et membraneuses.

En plus de ces fibres lisses, il faut signaler le sphincter strié qui forme un anneau entourant le col.

Cette formation musculaire doit être rattachée à la vessie physiologiquement, mais elle est anatomiquement indépendante. Pour certains auteurs, elle se continue sous une ligne de démarcation circulaire lisse.

La portion intra-embryonnaire du pédicule allantoïdien se renfle à sa partie moyenne pour donner la vessie. Au-dessus de ce réservoir urinaire, il constituera l'ouraue, tandis qu'au-dessous il va rentrer dans la constitution de l'urètre. Primitivement, on trouve de chaque côté le canal de Wolf, qui vient s'ouvrir à la lumière entre la vessie et l'urètre.

Quand, aux dépens du canal wolfien, l'urètre s'est constitué, il va s'isoler de ce canal et s'ouvrira séparément dans le pédicule allantoïdien en dehors et au-dessus de lui. A son tour va apparaître le canal de Muller qui vient s'ouvrir presque sur la ligne médiane dans la portion initiale de l'urètre. En dehors encore mais plus haut, l'urètre se jette dans la partie inférieure du réservoir vésical. Tandis que le canal de Wolf va s'atrophier, ne laissant rarement comme vestige que le cordon de Gardner, l'éperon mésenchymateux (situé entre l'urètre d'une part et, d'autre part, les canaux de Muller fusionnés) va se développer, rendant indépendants l'un de l'autre l'urètre et le vagin.

Cette portion du pédicule allantoïdien, qui forme chez la femme tout l'urètre, n'en constitue chez l'homme que la portion prostatomembraneuse.

Au-devant du cloaque se trouve la membrane anale qui durcit pour constituer le bouchon cloacal qui, dans la suite, se désagrègera et disparaîtra grâce à la fonte muqueuse de ses cellules.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Pour étudier les lésions du rétrécissement de l'urètre chez la femme, nous n'avons que des constatations faites sur le vivant, cette affection n'ayant pas entraîné la mort dans une seule observation publiée.

Deux pièces furent étudiées par Pasteau, empruntées à la collection de Guyon : l'une a trait à une femme de 60 ans, présentant des polypes et un rétrécissement à 3 ou 4 millimètres du méat, laissant passer une sonde n° 12. L'autre était un simple rétrécissement du méat.

Le *siège* de prédilection du rétrécissement est l'extrémité inférieure ou sous-sphinctérienne, alors qu'au contraire les traumatismes obstétricaux entraînent des rétrécissements surtout au niveau du col vésical.

Le *nombre* des rétrécissements est variable, parfois une série d'anneaux absolument comparables à ceux que l'on observe sur l'urètre de l'homme.

La *forme* varie aussi : tantôt c'est une simple valvule, tantôt c'est un hile, ou bien encore c'est un anneau obstruant d'une façon plus ou moins serrée la lumière de l'urètre.

Le *calibre* des rétrécissements est très variable. Au-dessus du rétrécissement, on observe fréquemment une dilatation qui peut faire saillie dans le vagin. Pasteau a rapporté une intéressante observation d'urétrocèle.

Au-dessous du rétrécissement, il n'est pas rare d'observer des polypes. On admet aujourd'hui, au point de vue histologique, que tout rétrécissement inflammatoire est le fait d'une infiltration des tissus sous-muqueux avec oblitération des espaces vasculaires. Il est nécessaire que l'inflammation envahisse les parois urétrales dans toute leur épaisseur, pour qu'il y ait rétrécissement.

La muqueuse est blanche, adhérente, inextensible; sa surface est inégale, résultant d'une prolifération épithéliale considérable, d'un développement anormal de tissu fibreux qui se fait dans les mailles du tissu cellulaire muqueux.

« D'une façon générale, dit Pasteau, la muqueuse est comme gonflée. L'épithélium est transformé. On trouve une prolifération plus ou moins considérable des cellules épithéliales, qui forment des assises plus nombreuses qu'à l'ordinaire. Les cellules les plus superficielles augmentent de volume, deviennent globuleuses, irrégulières, et tendent par places à s'aplatir; dans certains points, même, il y a une transformation complète : l'épithélium est devenu nettement pavimenteux, stratifié. » Le tissu conjonctif sous-épithélial est le siège de lésions qui correspondent à une transformation conjonctive rétractile. On trouve en beaucoup d'endroits une infiltration assez notable de cellules embryonnaires, et partout une augmentation considérable de faisceaux du tissu conjonctif.

Au-dessus et au-dessous du rétrécissement, les lésions sont sensiblement les mêmes. En résumé, on peut conclure que le processus d'irritation chronique qui aboutit à la formation du rétrécissement est dû, tout comme chez l'homme atteint du rétrécissement blennorragique, à une urétrite

scléreuse totale. C'est en arrière du méat, sur la paroi postérieure de l'urètre, que s'observe l'urétrite scléreuse. Ce point du canal (à cause de sa disposition anatomique), est le plus exposé à l'action des liquides virulents.

PATHOGÉNIE

L'urètre féminin, court, large et parfaitement balayé par l'urine, donne peu de prise au gonocoque, si bien que le rétrécissement inflammatoire se rencontre assez rarement en apparence. Cette rareté relative ne justifie pas l'opinion de certains auteurs, Imbert et Soubeyran, qui sont allés jusqu'à contester l'existence du rétrécissement blennorragique chez la femme. Pastéau pense avec raison que « la femme ne se voyant pas uriner », beaucoup de rétrécissements restent ignorés.

Dans toutes nos observations, on peut se rendre compte que les malades atteintes de rétrécissements blennorragiques avaient un urètre normalement constitué.

Cependant, nous avons été frappé par la coexistence des polypes urétraux et des rétrécissements (observation n° 3, Kleinwachter). Ces végétations obturent en partie le canal, gênent l'écoulement rapide de l'urine, favorisent l'action du gonocoque en amont.

Il en est de même chez les femmes ayant un canal congénitalement rétréci, le jet d'urine devient filiforme, permettant dans une certaine mesure la stagnation de l'agent pathogène.

L'introduction des corps étrangers dans l'urètre, trop souvent répétée, les injections trop concentrées de solutions antiseptiques (observation n° 1) peuvent devenir des causes occasionnelles qui ne sont pas négligeables.

En résumé, pour les auteurs contemporains, la documentation actuelle ne permet pas de supposer qu'une lésion de ce genre peut se produire chez la femme, et il n'existe pas d'observation nettement démonstrative de rétrécissement blennorragique primitif.

Sans donner une moindre valeur aux causes occasionnelles précédemment citées, dont l'importance ne nous échappe pas, nous admettrons l'existence d'un rétrécissement blennorragique primitif dans les cas où les polypes coexistent, car la blennorragie a un rôle indéniable dans la production des polypes urétraux chez l'homme comme chez la femme, soit immédiatement par l'inflammation qui produit l'hypertrophie papillaire (Oberlænder), soit secondairement par la production primitive du rétrécissement et l'hypertrophie papillaire tardive. Neuberger aurait trouvé des gonocoques dans les cavités glandulaires de ces tumeurs.

SYMPTOMATOLOGIE

Le rétrécissement de l'urètre passe longtemps inaperçu, car la femme, ne se voyant pas uriner, attache beaucoup moins d'importance que l'homme aux modifications de son jet d'urine, et c'est tardivement qu'elle vient consulter pour des troubles de la miction. Mais il est un fait anatomique qui, néanmoins, rend plus précoces les symptômes du rétrécissement chez la femme que chez l'homme : c'est que, chez celle-ci, la vessie a une musculature plus faible qui lui permet de se distendre facilement et qui l'empêche de se contracter fortement, si bien qu'il suffit d'un léger obstacle pour que la miction soit troublée. « On pisser, en effet, beaucoup plus avec sa vessie qu'avec son urètre », a dit le Professeur Guyon.

Pour différents auteurs, et en particulier pour Pasteau, le rétrécissement blennorragique apparaît vers la trentaine; d'après sa statistique, il apparaîtrait en moyenne six ans et demi après la lésion causale.

Au début, les troubles fonctionnels sont peu accusés; la vessie a la force de se contracter et l'obstacle n'est pas assez constitué pour résister, mais la malade se plaint de sensation de gêne quelquefois très vague au moment de la

miction; cette gêne, dans certains cas, peut être légèrement douloureuse. Il s'ajoute souvent une augmentation du nombre des mictions. A un moment donné, brutalement, un accident grave terminera cette période latente; la malade, inquiète du côté de son urètre, viendra consulter. Dans son récit, l'élément douleur sera en première ligne; elle se plaindra de souffrir au moment de la miction, ou encore d'une sensation de douleur pénible avant, pendant et après la miction, avec irradiations vers les cuisses, l'anus, la région lombaire.

Elle se plaindra ensuite d'avoir de fausses envies d'uriner, besoins impérieux qu'elle doit satisfaire séance tenante, qui se terminent par l'évacuation de quelques gouttes d'urine, et, la miction terminée, un suintement d'urine se produit, tout à fait involontaire. C'est l'incontinence post-mictionnelle de Legueu, la miction en deux temps de Pasteau. Ce symptôme, pour eux, constitue un des meilleurs éléments de diagnostic.

La modification du jet est un symptôme essentiel dont la malade se plaint rarement; il faudra en faire l'examen. On constatera que le jet est court, irrégulier, parfois même la miction se fait goutte à goutte; « poussées avec plus ou moins de force par la vessie et retardées par la contraction de l'urètre, les urines dilatent le canal compris entre l'agent d'impulsion et l'obstacle; lorsque la vessie a cessé d'agir, l'urètre, revenant sur lui, expulse l'urine qui le distendait, et les malades urinent goutte à goutte, expulsant ainsi un véritable exsudat urétral. » (Lallemand.)

L'examen local de la malade fera trouver une vessie distendue, globuleuse et douloureuse à la palpation.

Au toucher vaginal, on peut sentir un urètre dur et souvent, en avant de l'obstacle, on constate la présence d'un urétrocèle qui bombe à l'intérieur du vagin. Le moyen le plus rapide et le plus décisif pour constater la

présence d'un rétrécissement nous est donné par l'explorateur à boule olivaire.

Ce cathétérisme, pratiqué avec toute l'asepsie voulue, la femme étant dans la position obstétricale, nous permettra d'affirmer la présence, le calibre et la longueur du rétrécissement.

L'urétroscopie sera toujours utile et souvent même nécessaire pour vérifier l'existence des rétrécissements et des végétations polypoïdes, mais il ne faudra pratiquer cet examen qu'après avoir suffisamment dilaté l'urètre. On peut employer un tube urétroscopique court; toutefois, si le col de la vessie participe aux inflammations chroniques de l'urètre, on peut employer, pour ne pas être masqué par l'urine, le cystoscope à vision directe de femme, modèle Luys.

A l'examen urétroscopique, la portion postérieure de l'urètre féminin se caractérise par la présence de fibres musculaires dessinant des radiations régulières; dépourvue de glandes, elle ne s'enflamme que rarement.

Par contre la partie antérieure présente deux groupes latéraux de glandes, présentant la constitution de glandes muqueuses et dont les orifices sont parfaitement visibles à l'urétroscope. Au même titre que les glandes, la portion pénienne de l'urètre de l'homme, glandes de Littre et lacunes de Morgagni, elles sont susceptibles de subir l'infection gonococcique.

COMPLICATIONS

Ces complications se résument en deux mots : complications d'ordre local, complications d'ordre général, rétention et infection.

Chez la femme, la rétention complète est beaucoup plus rare que chez l'homme, car la vessie se laisse distendre, mais quand elle existe la malade est en proie à de vives douleurs qui dans certains cas vont jusqu'à lui arracher des cris. A ce moment, la vessie distendue bombe à l'hypogastre, fait saillie dans le vagin et est douloureuse à la pression; un cathétérisme rapide soulage la malade, dont la crise de rétention restera sans gravité, mais si l'on apporte quelque retard à évacuer la vessie, la rétention aiguë complète comporte un fâcheux pronostic.

Presque toujours, nous nous trouverons en présence d'une rétention incomplète. La vessie se vide incomplètement, par regorgement, car la force des muscles vésicaux est diminuée, c'est-à-dire qu'elle ne comprime plus l'obstacle du canal ; c'est la rétention sans distension.

Il est une complication fort grave, mais heureusement rare, c'est la rupture de la vessie dans le péritoine ou dans la cavité de Retzius. Fissiaux en rapporte un cas.

Il peut se former, en outre, des fistules uréthro-vésico vaginales, surtout lorsqu'il existe un urétrocèle.

Signalons encore les complications infectieuses, la cystite avec la pyélonéphrite ascendante consécutive. Cette infection est souvent due à un cathétérisme malpropre, par simple propagation dans une vessie affaiblie et en état de réceptivité.

DIAGNOSTIC — PRONOSTIC

Une malade atteinte de rétrécissement viendra consulter un praticien, soit parce qu'elle souffre en urinant, soit parce qu'elle urine difficilement et souvent, ou encore parce qu'elle ne peut plus uriner (rétention).

Il faudra toujours penser que les lésions peuvent être en dehors de la vessie et commencer son interrogatoire de façon à connaître tous les symptômes fonctionnels présentés.

On continuera ensuite par le palper abdominal combiné au toucher vaginal, ce qui nous indiquera la présence ou l'absence d'une rétention.

Grâce à l'explorateur à boule, nous saurons apprécier le degré, le siège du rétrécissement.

Une exploration soigneuse permettra de déceler un fibrôme, un kyste ou une tumeur de l'ovaire qui, en comprimant l'urètre, porte un obstacle mécanique à l'écoulement de l'urine.

Il faudra penser au rétrécissement spasmodique fréquent chez les femmes nerveuses, pour faire disparaître les contractions. Il suffira d'instiller dans le canal quelques

gouttes de cocaïne ou bien encore d'y introduire des bougies volumineuses.

Nous serons mis sur la voie du diagnostic de rétrécissement par l'histoire de la malade s'il est dû à un accouchement difficile ou à une cautérisation de polypes urétraux.

Le rétrécissement congénital aura signalé sa présence d'une manière plus précoce.

Chez les femmes âgées, il faudra penser à une tumeur néoplasique, surtout à un épithélioma de l'urètre, l'état général subissant de ce fait une grande altération sera un guide sûr; les urines seront sales, riches en cellules de néoformation, il y aura des adhérences avec la cloison vésico-vaginale.

Il existe des rétentions de causes centrales ou médullaires, mais dans ce cas on trouvera d'autres symptômes qui fixeront le diagnostic.

Dans certaines fistules vésico-vaginales le cathétérisme peut être arrêté, car il y a déviation de l'urètre et non rétrécissement.

Chez un sujet jeune, bien soigné, la guérison totale est la règle.

Chez une vieille femme, l'incontinence due à une dégénérescence fibreuse du col vésical ou à une perte de contractilité, n'est pas rare.

Le pronostic dépend en outre de l'état de la vessie, des reins et de l'infection qui l'aggrave.

TRAITEMENT

Les méthodes employées chez l'homme trouvent leurs indications chez la femme. On utilise la dilatation lente progressive, la dilatation forcée ou divulsion, l'électrolyse, l'urétrotomie interne, l'urétrotomie externe.

Qu'elle soit permanente ou temporaire, la dilatation lente progressive est pratiquée dans les rétrécissements très étroits, s'exécutant à l'aide de bougies en gomme, introduites avec douceur et laissées en place quelques minutes. Lorsque la stricture n'est pas trop serrée, ni son défilé, l'introduction de bougies fines rectilignes ne présente pas de difficulté, mais parfois ce n'est qu'à l'aide d'expédients divers que l'introduction peut se faire. Aux bougies rigides en baleine, qui ont tendance à pénétrer dans les tissus, on doit toujours préférer les bougies filiformes en gomme, qu'on adapte à toutes les inégalités, et les sinuosités du canal, en les fixant dans les formes les plus variées (baïonnettes, vrilles, tire-bouchons), à l'aide de collodion.

Ce sont les bougies de Leroy d'Etiolles, auxquelles Bazy a substitué les bougies contenant dans leur intérieur un fil de plomb malléable ; les injections forcées d'huile, d'eau, de divers liquides médicamenteux que l'on pousse

avec une seringue et que l'on maintient sous pression dans l'urètre sont encore un artifice à recommander. A cet égard les appareils de Reybard, et le cathéter hydro-aérique de Duchastelet, qui permettent de chercher à franchir l'obstacle pendant que la pression du liquide efface les irrégularités de l'infundibulum, peuvent rendre des services. Le cathétérisme appuyé est un excellent procédé pour franchir les rétrécissements les plus ténus. Batrina a utilisé l'adrénaline en instillations pour décongestionner les tissus du rétrécissement et ouvrir l'accès aux bougies. La bougie introduite, il faut s'assurer qu'elle joue librement dans le rétrécissement, on la fixe à demeure, en ne laissant pas dépasser le col.

Au bout de 2 ou 3 heures, la bougie serrée interrompt la filtration de l'urine, il suffit de la retirer de quelques millimètres pour voir l'écoulement se reproduire : 8 à 10 heures après apparaît au méat une sécrétion puriforme, à ce moment l'urine s'écoule facilement. Cette première bougie est remplacée au bout de deux ou trois jours par une plus volumineuse bougie de 2 à 3 millimètres que l'on remplace jusqu'au n° 12. On continue par la dilatation temporaire.

Dilatation lente, progressive, temporaire. Elle s'applique au rétrécissement peu serré correspondant au n° 12 et au-dessus, si la stricture est facilement dilatable, les bougies en gomme coniques ou olivaires sont utilisées, si le rétrécissement n'est pas dilatable, on a recours aux bougies métalliques béniqués avec conducteur Guyon, mais la pression intra-urétrale dilatatrice doit être dosée comme les médicaments internes. Une séance tous les deux jours, augmenté d'un numéro par séance, conduira la dilatation jusqu'à 24 Charrière. Les Américains et surtout Otis poussent jusqu'à 30 Charrière et 60 Béniqué.

La dilatation forcée ou divulsion est recommandée par Pasteau dans les cas de rétrécissement infranchissable, sié-

geant près du col, pour remédier à la rétention. « Après s'être assuré qu'on est bien engagé dans l'urètre avec une sonde à bout arrondi d'un numéro peu élevé une sonde béquille 10 à 12, on pousse sur l'obstacle pendant qu'un doigt, engagé dans le vagin, soutient la sonde, le cathéter passe alors par effraction. »

L'électrolyse est une méthode qui fut préconisée par Newmann. Elle donne de bons résultats chez la femme comme chez l'homme, mais il semble bien que la dilatation lente et progressive aurait elle-même réussi. Il faut avoir recours à l'électrolyse sur béniqué.

L'urétrotomie interne trouve son indication dans les rétrécissements durs non dilatables. Elle doit être pratiquée sur la paroi supérieure à l'aide de l'instrument de Maissonnave ou mieux encore au moyen de celui de Pasteau qui en diffère simplement, parce qu'il est rectiligne; la femme est couchée horizontalement sans coussins. Après les soins préliminaires d'usages, on introduit le conducteur jusque dans la vessie, puis on fait passer la lame sur la paroi supérieure de l'urètre, en ayant soin de déprimer la paroi inférieure. Après l'urétrotomie, il est nécessaire de laisser la sonde à demeure, puis progressivement on poussera la dilatation au moyen des sondes et des béniqués.

Il est des cas où il faut recourir soit à la ponction sous-pubienne, mais ce n'est pas un moyen curateur, soit à l'urétrotomie externe par la voie sous-symphisique, suivant la technique décrite par Legueu dans son *Traité d'Urologie*.

Premier temps : incision des parties molles.

Une incision courbe à concavité inférieure et même au-dessus du méat entre celui-ci et le clitoris se prolonge de chaque côté, de manière à circonscrire la partie antérieure de la vulve.

Deuxième temps : décollement de l'urètre.

A l'aide du bistouri, des ciseaux ou des doigts, l'urètre est décollé de la symphyse ; la plaie s'agrandit en losange avec un volet supérieur et un volet inférieur, duquel fait partie l'urètre. Latéralement, les deux corps caverneux, qu'il faut ménager, bordent, obliquent en avant et vers la ligne médiane le champ opératoire. Le décollement est poussé au delà de la symphyse et on sectionne les vaisseaux urétraux qui sont liés au fur et à mesure et les ligaments qui unissent l'urètre à la symphyse.

Troisième temps : incision de l'urètre.

Une sonde cannelée est introduite dans l'urètre, cannelure en haut, et sur elle, dans l'étendue nécessaire. L'urètre est incisé directement d'avant en arrière et sur la ligne médiane jusqu'au delà de la symphyse. Il s'étale. Sa surface muqueuse est au grand jour.

Quatrième temps : suture de l'urètre.

Une sonde à demeure est mise dans la vessie. L'urètre est situé transversalement par autant de points de suture au catgut qu'il est nécessaire.

Cinquième temps : suture de la plaie.

La plaie sous-symphysaire est comblée par plusieurs plans de points perdus au catgut qui relèvent le méat vers le clitoris et rendent à l'urètre la courbure oblique, qu'il décrit au-dessous de la symphyse. On termine, en plaçant quelques points superficiels au crin de florence sur la muqueuse du vestibule. La sonde est laissée dix jours en place et changée tous les deux jours.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé DUVERGEY,

Chirurgien des Hôpitaux de Bordeaux.

M^{me} M..., 28 ans, femme de chambre, entre à l'hôpital le 15 mars 1922, parce qu'elle n'a pas uriné depuis le mardi 14 mars à 14 heures.

Cette femme fut atteinte de : 1° rougeole à 3 ans ; 2° bronchite à 3 ans et demi ; 3° d'ictère à 6 ans ; 4° de fièvre typhoïde à 8 ans.

Elle fut réglée à 11 ans régulièrement, mais en quantité petite, à 17 ans, pendant 12 jours, elle perd abondamment du sang, expulse des caillots qui surviennent dans l'intervalle des règles. Ces pertes furent accompagnées de céphalalgies, de vomissements. Dans cette période, notre malade reste alitée et se fait aussitôt hospitaliser à Tenon, dans le service de M. le Professeur Picqué, qui la traite par des injections vaginales chaudes et par le repos. Les hémorragies diminuent d'intensité puis cessent trois semaines après son entrée, la malade sort de l'hôpital, guérie.

Depuis cette époque la malade a eu une bonne santé et il y a un an seulement qu'elle a constaté de la gêne pour uriner.

Antécédents héréditaires. — Père inconnu. Mère bien portante. Trois enfants, dont deux morts en bas-âge; pas de fausses couches.

Il y a trois mois (décembre 1921), la malade commença à souffrir des reins et de la vessie, douleurs pendant la miction et sensation de brûlure dès que celle-ci était terminée. Elle alla confier sa peine à une amie obligeante qui lui fit des injections urétrales au permanganate de potasse pendant trois jours. La malade fut soulagée et urina alors sans douleurs. Puis deux ou trois jours après, elle éprouva des difficultés pour uriner; elle devait pousser et l'urine coulait en mince filet. Le 14 mars, elle fit de la rétention restant sans uriner de 14 heures jusqu'au lendemain 9 heures 30, soit 19 heures et demie. C'est pour cette rétention que la malade vint à l'hôpital où elle fut examinée par M. le Professeur agrégé Duvergey. En outre, depuis le 15 janvier 1922, la malade n'a pas été réglée. Le 14 mars elle est indisposée et fait remarquer que ce n'est pas son époque.

Examen. — Le 15 mars, il est procédé à l'examen de la malade.

Inspection. — Le globe vésical remonte jusqu'à un centimètre au-dessous de l'ombilic. Douleurs nettement marquées au niveau des deux points ovariens.

Percussion. — Mâtité dans toute la région; au-dessus de l'ombilic sonorité nette. On tente un sondage avec une sonde en verre: impossibilité de l'introduire. On est arrêté par un obstacle siégeant tout à fait à l'entrée du canal, soit à un demi-centimètre environ du méat.

Introduction d'une bougie olivaire de plus petit modèle. On constate d'abord un rétrécissement très serré siégeant tout à fait à l'origine du canal à un demi centimètre du méat, puis un second rétrécissement siégeant un peu plus haut, à un centimètre environ du premier.

On peut alors introduire une petite bougie filiforme, puis procéder à la dilatation progressive extemporanée et vider ainsi la vessie. Le rein droit est douloureux à la pression.

Toucher vaginal. — Col normal; on perçoit l'urètre fi-

breux sclérosé. La recherche du collostrum est négative. Toucher rectal négatif.

Urétroscopie. — A l'urétroscope on voit une muqueuse urétrale congestionnée, saignant facilement, œdémateuse, avec quatre points de leucoplasie au niveau de la paroi postérieure.

Dans le voisinage du méat, la muqueuse est rouge, mamelonnée, bourgeonnante. Il est difficile d'y distinguer des rétrécissements, rien dans la vessie.

L'examen des autres appareils est négatif.

En résumé, il s'agit d'une femme, normalement constituée, un peu surchargée en graisse, entrée à l'hôpital pour une rétention d'urine de 19 heures, et présentant deux rétrécissements de l'urètre, siégeant l'un à un demi-centimètre du méat, l'autre à un centimètre plus haut. Ces rétrécissements sont dus à une infection gonococcique ancienne et à l'injection de permanganate de potasse très concentré. (1 paquet de 1 gr. dans un demi-verre d'eau) qu'elle se fit faite il y a trois mois.

Depuis le sondage du 16 mars, la malade a uriné seule environ 250 cc. de liquide. Une nouvelle dilatation est faite deux jours après. Les obstacles étant franchis avec difficulté, on fait de la dilatation progressive; il en résulte des urétrorragies. Une sonde est fixée après un lavage vésical au cyanure de mercure. Les jours suivants, on sonde et lave au cyanure la vessie de la malade, dont deux fois par semaine au nitrate d'argent. Il est procédé à la dilatation.

Le 28 mars, la malade urine seule et facilement; on continue la dilatation.

Le 28 avril, la malade revient en bon état, elle est dilatée avec le Béniqué n° 60; tous les obstacles ont disparu.

OBSERVATION II

(LARCHER, in *mémoire* de IMBERT ET SOUBEYRAN.)

M^{lle} A..., 23 ans, femme entretenue, eut à deux reprises une blennorragie caractérisée par une vive chaleur et une douleur à la miction, un écoulement verdâtre et abondant par le vagin.

La seconde fut opiniâtre et dura longtemps. Cette jeune femme est sujette à des flueurs blanches assez abondantes et la vie fort agitée qu'elle menait ne contribuait pas peu à les entretenir.

A l'âge de 22 ans, elle eut un troisième écoulement, puis un chancre et un bubon à l'aîne droite qui suppura et fut ouvert. Après avoir combattu la blennorrhagie par le copahu, je fis suivre un traitement mercuriel et après deux mois elle reprit son train de vie habituel.

Dix-huit mois après elle vint me trouver, disant que depuis quelques temps elle éprouvait une grande difficulté à uriner, que l'urine parfois ne sortait que goutte à goutte avec effort, que même souvent il lui était impossible d'uriner. Je cherchai alors à introduire une sonde ordinaire de femme dans la vessie, mais à peine l'instrument avait-il franchi la moitié de l'urètre qu'il était arrêté par un obstacle.

Le rétrécissement était assez considérable pour qu'une bougie n° 1, que j'introduisis le lendemain, eût quelque peine à arriver jusqu'à la vessie.

L'introduction de la bougie fut douloureuse. Je la laissai en place pendant 15 heures. Le jour suivant, elle passa plus facilement et j'arrivai graduellement jusqu'au n° 8, en l'espace de 15 jours.

A cette époque, la bougie ne put plus être supportée et je ne cherchai pas une plus forte dilatation, d'ailleurs la malade urinait sans difficulté. Je recommandai à la malade de se sonder elle-même pour éviter d'être reprise plus tard par le même accident.

OBSERVATION III

(KLEINWATCHER.)

Ce cas concerne une femme âgée de 18 ans, qui s'était mariée un an et demi avant, et depuis deux mois avait eu son premier enfant; elle avait souffert d'une blennorrhagie avec métrite et souffrait encore d'une cystite chronique. Méat urétral béant,

Derrière lui se trouvait trois petits polypes. Tout de suite après, l'urètre était rétréci régulièrement, sa structure annulaire était difficilement franchie par une bougie d'Hegar n° 5.

Urine très trouble. Je ne vis cette malade qu'une fois.

OBSERVATION IV

(VILFROY, *Thèse de Paris*, 1910-1911.)

M^{me} L..., 33 ans, vient consulter pour une légère difficulté de mictions et sensations de brûlures en urinant et après la miction.

Dans ses antécédents on ne relève ni grossesse, ni fausses couches.

Les accidents ont débuté en 1897, une quinzaine de jours après son mariage; fréquence de mictions, douleurs en urinant. La malade n'a pu nous dire l'aspect de ses urines à cette époque. Mais dès ce moment des pertes blanches très abondantes, de fortes douleurs dans le ventre l'ont obligée de rester trois mois au lit, et après, la malade a toujours gardé une grande sensibilité de l'abdomen.

La fatigue provoquait des douleurs dans les côtés, principalement à gauche. Les pertes n'ont pas entièrement disparu, néanmoins les mictions étaient redevenues normales et non douloureuses.

En 1908, la malade a commencé à ressentir quelques cuissons en urinant, persistant même après la miction sous forme d'une démangeaison profonde et agaçante. Les mictions restent faciles et normales comme fréquence. Au bout de quelques mois, les douleurs reviennent, augmentent et la malade consulte un spécialiste qui diagnostique un rétrécissement de l'urètre et fait la dilatation jusqu'au n° 60 de Dittel. La malade ne peut dire à quel numéro on a commencé la dilatation. Pendant toute la période de basse dilatation, les douleurs persistent, et cessent avec les hautes dilatations. La malade reste guérie jusqu'en 1909.

A ce moment, cette sensation de brûlure à la miction reparait et la malade vint à la consultation Civiale où il nous a été

donné de l'examiner. Les mictions étaient devenues plus difficiles, et il y avait toujours cette douleur, cette cuisson, après et même avant la miction. Mais pas de fréquence. Le méat laisse passer un explorateur n° 20 qui est arrêté immédiatement : les numéros moins élevés ne passent pas davantage et seule une bougie n° 8 peut pénétrer dans la vessie.

L'urètre est manifestement épaissi dans une étendue d'un centimètre environ à un demi-centimètre du méat, et l'expression ramène un peu de pus sans gonocoque.

OBSERVATION V

présenté par M. le Docteur PÉRARD, (*Congrès d'Urologie*, 1910.)

M^{me} B. . . , âgée de 30 ans, m'est envoyée le 1^{er} novembre 1908 pour une rétention d'urine complète dans la nuit précédant son entrée à l'hôpital; la malade a cependant uriné spontanément 3 litres d'urines claires.

Antécédents. — Père syphilitique, mort à 66 ans. Sa mère vivante, en bonne santé. A l'âge de 18 ans, la malade contracte la syphilis pour laquelle elle a été soignée à Lariboisière. L'accident initial siégeait sur la grande lèvre gauche, elle a été soignée depuis pour divers accidents secondaires.

A 22 ans, métrite blennorragique compliquée de salpingite gauche; pas d'urétrite cependant. Jusqu'à cette époque aucun accident urinaire ne peut être découvert, malgré les questions. La malade n'a pas d'enfants. La dilatation, accompagnée de lavages à la seringue, sans sonde, un embout de caoutchouc obstruant le méat, se pousse assez facilement jusqu'au n° 38 Diitel.

A ce moment, la dilatation n'avance plus et les douleurs persistent toujours, deux séances d'électrolyse n'amènent qu'une amélioration insignifiante. L'on fait alors une urétrotomie interne, on dilate ensuite rapidement jusqu'au n° 60. Les douleurs disparaissent ainsi que la fréquence des mictions. Depuis la malade vient environ tous les trois mois se faire passer quelques béniqués. Nous avons revu cette femme ces jours derniers et la guérison se maintient parfaite.

OBSERVATION VI

(Thèse de VILFROY, 1910-1911, service de M. le D^r MARION,
Lariboisière.)

Antoinette P..., 32 ans, vient à la consultation Civile à l'hôpital Lariboisière en 1909, parce que, depuis quelques temps ses mictions sont devenues de plus en plus difficiles.

Dans ses antécédents urinaires, on trouve une blennorragie à l'âge de 29 ans, la blennorragie s'étant accompagnée de symptômes de cystite.

A l'examen, on trouve un méat urinaire normal, laissant passer le n° 22. Mais à un centimètres au-dessus du méat un explorateur filiforme seul peut passer. L'urine s'écoule goutte à goutte et parfois il y a quelques gouttelettes de sang. Au toucher vaginal, on trouve facilement sur la paroi antérieure du vagin le conduit urétral dur et roulant sous le doigt, mais on ne voit sourdre aucun écoulement par l'urètre. On commence la dilatation avec une bougie d'abord, avec des béniqués droits ensuite de la façon la plus méthodique, les dilatations étant faites en augmentant de 2 millimètres chaque fois, jusqu'à ce que l'on ait atteint le n° 50. A ce moment (juin 1909), la sensation de dureté a disparu. Trois mois après (octobre 1909), la malade vient consulter pour une autre blennorragie, miction douloureuse, écoulement verdâtre. La blennorragie fut traitée avec les lavages, au permanganate et céda au bout de deux mois environ. Six mois après, en avril 1910, les signes du rétrécissement ont reparu, on peut y passer cependant l'explorateur n° 10. On recommence la dilatation en béniqués droits. On arrive au n° 50, on s'arrête. Depuis, la malade, que nous avons vue ces jours-ci, va tout à fait bien.

OBSERVATION VII

(QUÉNU, in *mémoire* de GENONVILLE.)

M^{me} J..., âgée de 45 ans, présentant toutes les apparences d'une bonne santé, se plaint d'éprouver depuis plusieurs années des troubles dans l'émission des urines : envies fréquentes

et en même temps douleurs et difficultés pour uriner, le jet d'urine est sans force et petit. Comme antécédents ayant des rapports avec cet état tant comme cause prédisposante que comme occasionnelle, voici les renseignements que la malade nous a fournis :

A l'âge de 12 ans, elle eut une atteinte de rhumatisme articulaire ayant duré deux mois et ayant porté sur les deux genoux, les deux épaules et à un coude. Le cœur n'a pas été atteint. Deux ans après, nouvelle attaque de rhumatisme aussi forte ayant déterminé une lésion mitrale, dont on constate encore les traces à l'auscultation.

Vers l'âge de 22 ans, son premier mari lui communiqua la blennorrhagie, elle fut atteinte d'une cystite blennorrhagique qui dura trois mois, et qui détermina chez elle des troubles de la miction (aveux formels de blennorrhagie, aucun doute à cet égard). A la suite de cette cystite, les mictions étaient toujours restées douloureuses, sans être cependant plus fréquentes qu'auparavant. Ce n'est que il y a trois ans, à la suite d'un bain froid qu'elle ressentit en même temps que ces douleurs en urinant des envies plus fréquentes. Puis elle fut plus longue à uriner avec un jet d'urine plus petit. Elle se fit soigner et on traita par la dilatation progressive trois fois par semaine, pendant deux mois, ce qui amena chez elle une amélioration à peine sensible et seulement passagère.

N'ayant éprouvé aucune amélioration, elle ne fit rien jusqu'à novembre dernier, où elle se présenta à M. Quénu.

Opération le 17 novembre 1891. Après des lavages antiseptiques de la région et une injection sous-muqueuse de 1 centigramme de cocaïne en solution de 1 pour 30, l'explorateur à boule olivaire n° 15 est introduit et arrêté à 12 millimètres environ du méat. La sonde cannelée est introduite et passe. Après les quelques minutes nécessaires à l'action de la cocaïne, un coup de ciseau est donné sur la ligne médiane de la paroi uréthro-vaginale sur une longueur de 1 centimètre environ.

Deux pinces de Kocher sont placées sur la partie antérieure des deux lèvres de cette incision. Ces pinces sont confiées à deux aides qui écartent aussi les deux lèvres de la plaie, mais dans cette section la paroi vaginale a été plus entamée

que la paroi urétrale. L'explorateur à boule est arrêté de nouveau. La sonde cannelée est introduite une seconde fois, la rainure regardant en bas et le bistouri prolonge la section urétrale de quelques millimètres, coupant ainsi le rétrécissement lui-même.

Deux nouvelles pinces de Kocher sont placées sur les lèvres de la nouvelle incision et l'explorateur à boule peut passer. On introduit alors la sonde de verre qui a d'abord quelques difficultés à pénétrer. La sonde cannelée est de nouveau introduite et l'incision encore prolongée de 1 à 2 millimètres avec le bistouri; alors la sonde en verre peut passer. Mais, détail curieux, elle ne pénètre pas d'avant en arrière; elle se place dans un plan légèrement oblique d'avant en arrière et de gauche à droite, le pavillon de la sonde ayant tendance à se rapprocher de la cuisse droite de la malade. Les aides chargés de maintenir les cuisses ne se tenaient-ils pas symétriquement ? Peut-être un peu, mais néanmoins la déviation était trop sensible pour tenir uniquement à la légère asymétrie pouvant résulter d'une position défectueuse. Le résultat de ces incisions successives a été la section suivant la ligne médiane et sur une longueur de 12 à 15 millimètres de la cloison vagino-urétrale; il en résulte la formation de deux bords, un droit et un gauche présentant chacun une lèvre urétrale et une lèvre vaginale, chacune de ces lèvres étant constituée par la tranche de la muqueuse correspondante. Les sutures sont alors placées de la manière suivante :

1° Trois points de chaque côté unissant bord à bord la muqueuse vaginale droite à la muqueuse urétrale droite et de même à gauche;

2° Un point médian réunissant la muqueuse urétrale à la muqueuse vaginale sur la ligne médiane, l'anse du fil étant située dans le plan antéro-postérieur.

Le dernier point a pour objet de bien amener au même niveau la partie la plus reculée de l'incision du côté vaginal et du côté urétral et de faire coïncider parfaitement les deux sommets des angles dont les côtés sont formés par les bords de l'incision.

Les trois paires de fils latéraux ont pour effet de faire disparaître la cloison vagino-urétrale. La paroi supérieure du vagin est entr'ouverte et cette ouverture est plafonnée par toute la muqueuse de l'urètre, en une surface qui regarde en bas.

Le vagin est ouvert en haut, l'urètre en bas, les deux ouvertures se correspondent bord à bord grâce aux sutures, il n'y a plus de cloison vagino-urétrale en avant, donc les deux étages, le vaginal et l'urétral, ne forment plus qu'une seule cavité à ce niveau. Il n'y a pas de paroi inférieure de l'urètre : disposition qui ne peut être mieux comparée qu'à l'hypospodias de l'homme, 9 novembre 1891.

A l'examen des urines, on trouve un léger précipité d'albumine qui diminue par le régime lacté seul. A la fin de novembre, il n'existe plus. Depuis M. Quénu a revu la malade plusieurs fois et pour la dernière fois en octobre 1892. Les signes de rétrécissements n'ont pas reparu; la miction est normale.

CONCLUSIONS

I. — L'urètre de la femme correspond embryologiquement à la portion prostatomembraneuse de l'urètre masculin et présente une structure analogue.

II. — Le rétrécissement blennorragique chez la femme est rare.

III. — La plupart des rétrécissements de l'urètre chez la femme sont inflammatoires, (blennorragie), mais on observe des rétrécissements congénitaux et obstétricaux.

IV. — Quand le rétrécissement est de nature inflammatoire, au point de vue anatomie pathologique, c'est une « urétrite scléreuse totale », siégeant plus ou moins près du méat, alors que le rétrécissement de cause obstétricale a son siège plus profond.

V. — Les symptômes se résument tout d'abord par de la douleur, de la difficulté de la miction, les modifications du jet d'urine, puis à cette phase succède celle de la rétention incomplète, et de mictions par regorgement, et celle de l'incontinence.

VI. — L'infection est une complication fréquente,

VII. — Le diagnostic se fait au moyen de l'explorateur à boule et de l'urétroscopie.

VIII. — Comme traitement: Si le rétrécissement n'est pas très dur et très serré, on pratique la dilatation simple. Si le rétrécissement est très serré, mais franchissable, urétrotomie interne. S'il est infranchissable, urétrotomie externe par voie sous-symphysaire. L'électrolyse peut donner de bons résultats.

Vu, bon à imprimer :

Le Président,

D^r GUYOT.

Vu :

Le Doyen,

D^r C. SIGALAS.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 20 Mars 1923.

Pr le Recteur de l'Académie,

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

G. CIROT. 748

BIBLIOGRAPHIE

- BAGNOT. — Structure of urethra in women. *Med. news*, 20 avril 1895, I, pp. 426, 427.
- BLANICH. — Contribution à l'étude des rétrécissements chez l'homme et chez la femme.
- BLUM. — Des affections de l'urètre chez la femme. *Archives de Médecine*, t. II, p. 129 et 307, 1877.
- DESNOS et KIRMISSON. — Article « Rétrécissement de l'urètre chez la femme », *Dictionnaire encyclopédique*.
- DÉVÉ. — Fistule uréthro-rectale consécutive à un rétrécissement blennorragique de l'urètre. *Revue méd. Normandie*, 1909, pp. 169, 171.
- DUVERGEY et DAX. — Communication de juillet 1922. *Société Anatomo-clinique de Bordeaux*.
- FINGER. — *La blennorragie et ses complications*, traduction française par Hagge, 1894.
- FISSIAUX. — *Annales de Gynécologie*. Thèse de Paris, janvier 1879, page 1.
- GENOUVILLE. — Du rétrécissement blennorragique de l'urètre chez la femme. Etude comparative des organes de la miction dans les deux sexes. *Ann. gén. méd.*, novembre-décembre 1892.

HALLÉ et WASSERMANN. — *Annuaire général médical*, avril-mai 1894.

HAMON. — Des rétrécissements de l'urètre chez la femme. *Thèse de Paris*, n° 210, 1900.

HAMONIC. — *Revue clinique d'andrologie et de gynécologie*, Paris, 1914, xx, 14-20. Ma statistique des rétrécissements urétraux non néoplasiques chez la femme.

IMBERT (L.) et SOUBEYRAN (P.). — Le rétrécissement blennorragique de l'urètre chez la femme. *Annuaire général*, décembre 1901.

JABOULAY. — Pyélonéphrite par rétrécissement congénital de l'urètre chez la femme. *Progrès médical*, Paris 1913, 3 S. xxix, 528, 530.

JOHNSON. — Stricture of the female uretra with the report of case. *The j. of the am. Ass.*, Chicago, 1904.

KOLISCHER. — Maladies de l'urètre et de la vessie chez la femme, 1900.

LEGUEU. — De la voie sous-symphysaire pour l'urétrotomie externe chez la femme, 1^{re} session de l'Ass. franç. d'urologie. Paris, 1897, p. 398.

— *Traité Chirurgical d'Urologie*, 1910, p. 361.

— *Précis d'Urologie*, 1921, p. 449.

LUTAUD. — Rétrécissement de l'urètre chez la femme. *Manuel complet de gynécologie médicale et chirurgicale*, Paris, 1910.

LUYS. — *Traité de Cystoscopie et d'Urétroscopie*.

MARION. — *Traité d'Urologie*, 1921, p. 651.

MINET. — Deux cas de rétrécissements de l'urètre chez la femme.

NEWMANN. — (Traduction de Lutaud). Du rétrécissement de l'urètre chez la femme (5 obs.). *Archives générales de Médecine*, 1876.

- PASTEAU. — Etude sur le rétrécissement de l'urètre chez la femme. *Ann. gén. urin.*, août, sept. oct. 1897.
- PÉRARD. — Du rétrécissement congénital de l'urètre chez la femme. *Ass. franç. d'urologie*. Proc.-verbal. Paris, 1911, xiv, 306-308.
- PETIT. — *Anatomie gynécologique*, 1900.
- POLAILLON. — *Maladies des femmes*, 1901.
- POUSSON. — *Précis des maladies des voies urinaires*.
- POUSSON et DESNOS. — *Encyclopédie française d'Urologie*, tome v, p. 611.
- RIEFFEL. — *Traité d'Anatomie*, de Poirier.
- TESTUT. — Urètre chez la femme. *Traité d'Anatomie*.
- TILLAUX. — *Traité de Chirurgie clinique*, 1900.
- TRIPPIER. — Chimicaustie et électrolyse urétrales. Extraits des *Annales d'électro-biologie*, décembre 1889.
- VERCHÈRE. — La blennorragie chez la femme.
- VILFROY. — *Thèse de Paris*, 1910-1911.

